

短 報

医療バランスト・スコアカードの課題

谷 光 透^{*1}はじめに
—問題の所在—

バランスト・スコアカード (Balanced Scorecard: 以下, BSC) は, 企業変革のツールであり, 周知の通り世界中で成功事例が存在する。その成功事例は, 組織の規模や業種の別, あるいは営利性又は非営利性の別を問わず存在する。

筆者が考える BSC の利点は, 次の三点である。

- (1) 財務的視点と非財務的視点の融合
- (2) 戦略の可視化
- (3) 組織の戦略を各個人の具体的活動に落としこむ点

上記を踏まえて, わが国の現状を鑑みれば, BSC の導入は今後活発となり, 各組織戦略の重要な課題となることが予想される。特に, 病院においては BSC が非財務的データを有効活用することが可能であるという点で, 深く浸透することが予想される。したがって, 以下ではわが国の病院においても浸透しつつある医療 BSC について, アメリカの事例を参考にしながら, 特に一般企業とは異なる具体的導入の際の問題点を中心に, 課題を整理する。

筆者は, 病院における BSC の導入に関しては以下の問題があると考ええる。

- (1) 医療の質の評価に関する問題
- (2) 医療 BSC の実行可能性に関する問題
- (3) 個人の業績評価に関する問題

(1) の問題について言えば, 筆者は医療に関する本質的な問題であり, さまざまなアプローチが考えられる問題であるし, 一括りにできる問題ではないということは十分承知している。しかし, 医療 BSC の導入を考えるならば大きな問題ではあるが, 避けては通れない課題であると考ええる。したがって, 本稿では, 基本的に医療 BSC との関連性の強い部分に限定して論じることとし, アメリカにおける医療機関を認定・評価する各機関の医療の質に関する考え方に焦点を当てて, 医療 BSC における医療の質

の評価に関する問題点を整理したい。

(2) の問題は, 果たして病院は医療 BSC をルーチンワークとして実行することが可能であるか, という問題である。筆者は, その問題で特に問題となるのが, 医療情報システムの整備と会計情報の利用であると考ええる。

(3) の問題について言えば, 病院においては, 個人の業績を評価する際に, 非財務的視点の評価を中心に, 財務的評価も含めた業績評価を行なう必要があると考える, そう考えるならばこの問題は, (1) と (2) の問題とも関わる大きな問題である。さらに, この問題自体に財務的又は非財務的にいかに評価を行なうのかという問題と, 財務的評価と非財務的評価を用いてどのように総合勘案して最終的な個人の業績評価とするのかという問題が考えられる。

しかし本稿では, 個人の業績評価のうちの財務的評価をどのように行なうべきかという問題と, その際の問題点に限定して整理したい。

したがって, 本稿は上記の三つの問題点を整理し, 医療 BSC の効率性を高めることを目的としている。

医療の質の評価に関する問題

医療の質に関する見解は様々であるが, 広く認められている見解に Donabedian の見解がある。その見解によれば, 医療の質の種類には, 構造 (structure), 過程 (process), 結果 (outcome) の三種類があるという。

一方で, これまでのアメリカにおける医療の歴史の変遷を概観すれば, CQI (Continuous Quality Improvement) によるプロセス重視の質改善が行なわれてきた。これは製造業において, Deming に知られる TQM (Total Quality Management) の概念を医療の現場に導入する際に用いられたものである。したがって, 医療の現場においても TQM における行動規範である PDCA (PLAN DO CHECK ACT) サイクルが定着している。

筆者としては, 医療の質の種類に沿って, わが国

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学部 医療福祉経営学科
(連絡先) 谷光 透 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-Mail: tanimitu@mw.kawasaki-m.ac.jp

のこれまでの病院の質に対する取り組みを考えるならば、アメリカの医療機関に倣った過程（process）重視の医療が行なわれてきたのではないかと推測する。ただ、わが国においては、一部の先進的で大規模な病院のみが医療の質に関する問題に取り組み、大半の病院は、組織的なプロセス管理は行なわれていないのが現状であろう。

さらに病院には、外部から医療の質に関する問題に取り組む団体が存在する。わが国で言えば（財）日本医療機能評価機構のような病院を認定・評価する団体である。それに対して、アメリカには医療機関を評価・認定する機関として、NCQA（National Committee for Quality Assurance）と呼ばれる民間非営利機関があり、NCQAはHEDIS（Health Plan Employer Data and Information Set）により、保健プランの評価を行なっている。そのほかにも、ア

メリカにおいて公的医療保険の取り扱いの認可を行なう機関であるJACCHO（Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization）や、臨床と経営の包括的審査を行なうBaldrige Awardが存在する。

したがって、以下ではGriffithの作成したBaldrige award、Joint Commission及びNCQA/HEDIS間の組織プロセスの比較表¹⁾を参考にして、医療の質に焦点を当てて検討する。

Griffithは、表により次の相違点が明らかであると指摘している。

- （１）Joint CommissionとNCQA/HEDISは、Baldrigeのプロセスより狭く焦点を当てている。
- （２）Joint Commissionは、医療体制のプロセスに関する基準に関して、31の基準のうち12基

表1 Baldrige, Joint Commission, と NCQA/HEDIS の分類による組織プロセスの比較

主要な組織プロセス	Baldrige Healthcare 基準*	Joint Commission	NCQA/HEDIS
1. ガバナンスと戦略管理	1. リーダーシップ	ガバナンス(1) 経営(1)	‡
2. 医療の質	6. 1. a医療サービスのデザイン	患者に対するケア(1) 教育(1) ケアの連続性(1) 伝染病コントロール(1)	NCQA 質の改良 メンバーの権利と責任 予防医療サービス 診療管理 HEDIS ケアに伴う効率性、アクセス 利便及び満足度 サービスの利用
3. 医療体制	6. 1. b 主たる医療提供プロセスの改良	組織のパフォーマンスの改良(5) リーダーシップ(4) § メディカル スタッフ(2) ナースング(1)	NCQA 医師の資格証明
4. 財務計画	(戦略計画及び情報分析基準において行なわれる)		HEDIS 医療計画の安定性
5. プランニング及びマーケティング	2. 戦略プランニング 3. 患者, 他の顧客, 及び市場への焦点	§	
6. 情報サービス	4. 情報分析	情報管理(5)	NCQA 医療記録
7. 人的資源	5. スタッフへの焦点	人的資源管理(4)	
8. 設備及び消耗品	6. 2サポートプロセス管理	ケア環境管理(4)	

Sources: 各組織のウェブサイト及び発行物参照

*Baldrigeは、第1段階の6つのカテゴリーがほとんど並列する業務結果に関する7つのカテゴリーがある。Baldrigeの評価は、7つのカテゴリーにかかわる横断的な課題に対して議論する検査も含む。

† Joint Commissionは、上記のカテゴリー数にならない。
カテゴリーラベル後の挿入数字は、サブカテゴリー数である。Joint Commissionは、特別な勧告のセクションも存在する。

‡ HEDISの医療プランの記述情報のいくつかの要素は、多岐に分かれて戦略管理に取り組んでいる。

§ Joint Commissionのリーダーシップ基準のいくつかの要素は、戦略管理に取り組んでいる。

準を専ら用いている。

- (3) NCQA/HEDIS は、医療の質に焦点を当てている。
- (4) Joint Commission と NCQA/HEDIS は両者共に、財務計画とプランニング及びマーケティング・プロセスの領域の試みがなされていない。
- (5) NCQA/HEDIS は、ガバナンスと戦略管理、人的資源、設備及び消耗品の各プロセスを無視している。

筆者は、上記の相違点を踏まえて医療の質に焦点を当てて考えるならば、以下の問題点が存在すると考える。

- (1) 医療の質に関する組織プロセスとそれ以外の組織プロセスとの関係性

- (2) 医療の質を評価する基準の確立の困難性

(1)の問題について具体的に言えば医療の質に関する組織プロセスに、それ以外の組織プロセスが、どのように、どの程度影響を与えるのかという問題である。その他にも、この問題はプロセス数が8つあることからしても、研究分野として多領域に及ぶために、総合的に問題解決を考えることが困難である。

(2)の問題については、上記の表のうち医療の質のプロセスに焦点を当てた場合に、医療の質に関する定義が、3つの分類間で比較した場合に本質的には同じ内容の基準も存在するかもしれないが、詳細な定義は全く異なっていることである。

上記の筆者なりの問題意識を踏まえて、さらに医療 BSC と医療の質の評価に関する問題を考えるならば、筆者は BSC を実施する病院は、それぞれ医療の質の定義について検討しなければならないと考える。その検討がなければ、病院は最初に述べた BSC の利点のうちの特に財務的視点と非財務的視点の融合による利点を得られないために、BSC の導入が失敗に終わる可能性が高いし、例えば医療の質や患者満足度といった視点の欠けた医療 BSC であると仮定すれば、組織の理念や使命の達成は困難となり、医療 BSC の実施自体価値を失うであろう。

医療 BSC の実行可能性に関する問題

筆者は、医療 BSC の実行可能性に関する問題に関して、以下の問題があると考える。

- (1) 医療情報システムの整備
- (2) 会計情報の利用

(1)の問題について具体的に言えば、経営管理のためのデータ利用環境の整備である。例えば、レセプト・コンピュータがあるにもかかわらず容易にそのデータを経営管理に利用できないといった問題で

ある。

(2)の問題について具体的に言えば、わが国の病院は原価情報を経営管理のために利用していないということである。また、原価計算についても最初に取りかかるべきである部門別原価計算についても実施している病院が非常に少ないし、ABC (Activity Based Costing) のような詳細な原価計算はほとんど行なわれていない²⁾。

以下では、上記の二つの問題を検討していくことにする。

筆者は、病院における医療情報システムの理想は、ERP (Enterprise resource planning) の導入であると考え^{†1)}。これは、製造業において導入され世界中で成功事例が存在する。しかし、医療組織において ERP を導入する場合には、医療提供プロセスは労働集約的であるし、医療組織の最重要コスト・ドライバーは人件費であるが、一方で製造業における最重要コスト・ドライバーは原材料費である。したがって、医療従事者は、製造業と同様に資産回転率を最大化することも重要であるが、最優先の焦点は、スタッフとケア・プロセスの管理に当てなければならない。したがって、医療従事者の ERP システムはこうした機能に注意した上でデザインされなければならない。このような医療産業の複雑性は、ERP システムの利用へと転換することを望む医療組織の難問を増すという指摘がある³⁾。

筆者は、上記の指摘を踏まえて医療情報システムの整備の問題を考えるならば、病院と製造業の相違点を踏まえた上で、システム整備を行なわないと製造業のような成功は望めないということと、それに関連する問題として、上記のスタッフとケア・プロセスの管理については、昨今言われているクリニカル・パスの確立と深い関連性があると考え。つまり、医療情報システムの整備が今まで行なわれてこなかったのは、医療の標準化に関する議論の不足であり、そのことが病院の経営管理に医療情報が利用されてこなかった一つの原因であると考え。しかし、医療 BSC の成功のためには、ERP の導入により医療 BSC の実施をルーチンワークとして実行し、医療における CQI の概念をシステムとして確立する必要があると考える。

次に会計情報の利用については、筆者が上記で指摘した BSC の利点の一つのうちの財務的視点と最も関連が深い。

わが国の病院においても、平成16年8月の病院会計準則の改正が、効率的で透明な医療経営の確立の観点から行なわれた。さらに、病院は DPC (Diagnosis Procedure Combination) によりコスト管理の重要

性が高まっている。しかし、先にも述べたが、わが国の病院は、例えば ABC のような詳細な原価計算が実施されていないだけでなく、最初にとりかかるべきであろう部門別原価計算すら実施率が低いというのが現状である。

筆者は、上記を踏まえて病院における財務的視点の重要性を考えるならば、病院の最も重要な理念を「医療の質あるいは患者満足度の向上」だとすれば、財務的視点はその「制約条件」となり、病院の理念に重要な影響を及ぼすのは明らかであると考え、さらに病院はコスト管理の重要性が高まっていることからすれば部門別原価計算や、その洗練の結果としての患者別や診断群別原価計算の実施による原価情報の比較検討が重要である。

そのほかにも、会計情報の利用は、後述する個人の業績評価に関する問題においても非常に重要である。具体的には、部門別原価計算や責任会計の実施による財務的視点からの個人の業績評価である。

個人の業績評価に関する問題

個人の業績評価が BSC において問題であると考ええる理由は、BSC の特徴と深く関連すると考える。その特徴とは、組織の理念や使命を達成するために組織の管理者から個人への意思決定の部分的な権限委譲が行なわれる点である。つまり、BSC の成功のポイントは、従業員のモチベーションの向上やスキル・アップもその一つであり、その結果として個人の業績評価をいかに行なうかという問題が生じる。

したがって、上記理由からすれば個人の業績評価は医療においても重要であるし、医療 BSC を実施するに当たっても重要である。

以下では先に述べた通り、個人の業績評価のうちの財務的評価をどのように行なうべきかという問題とその際の問題点を整理したい。

個人の業績評価のうちの財務的評価を行うためには上記で触れたとおり、部門別原価計算や責任会計の実施が不可欠である。前者の実施では部門ごとの原価管理を可能とする。後者の実施は、部門あるいは責任センター別に実際原価と標準原価を比較することにより、原価差異の分析を可能とする。

しかし、病院における部門別原価計算や責任会計の実施には、次の問題が考えられる。

- (1) 間接費の配賦の問題
- (2) 標準原価や目標原価の適切性の問題

(1) の問題は、部門別損益を把握する際に重要且つ困難な問題であるし、病院において最終的に患者別や診断群別原価計算を行なう際の正確性に重要な影響を及ぼすという問題がある。

(2) の問題は、一口に標準原価や目的原価といっても多種多様な計算根拠が存在する問題である。さらに、筆者は、標準原価や目的原価は、先に述べた医療情報システムの整備の問題と同様に、医療におけるクリニカル・パスの確立等の問題と関連する問題であるため、今後の大きな課題であると考え、

筆者は、上記を踏まえて個人の業績評価に関する問題の解決を考えるならば、上記の二つの困難な問題を解決することが重要であると考え、

おわりに

医療 BSC は、わが国でも浸透しつつあるが、上記の通り様々な問題があると考え、しかし、乱暴な言い方ではあるが、BSC をとりあえず実行・継続することによって改善することも可能である。それは、BSC に「学習と成長」の視点が存在することから理解できよう。

最後に上記で検討した問題以外の二つの課題について触れたい。

第一に BSC と他の経営理論との関連性が曖昧な点である。例えば、筆者は BSC の特徴として、組織の管理者から個人への意思決定の部分的な権限委譲が行なわれる点があることを先に述べた。このことから、例えばサイモンの意思決定理論との関連性があることが推測される。したがって、筆者はその関係性を明らかにすることは広範囲な領域にわたる BSC の全貌を明らかにするであろうし、さらなる BSC の発展の可能性を広げることになると考える。

第二に医療 BSC の標準化に関する問題である。これには 3 つの医療 BSC モデルがあるという指摘がある³⁾。そのモデルとしては、(1) 医療提供システム共通 BSC、(2) 診療圏 BSC、(3) 法人・施設 BSC が挙げられている。医療 BSC の標準化は、いまだ医療 BSC 自体の定義が曖昧であるわが国の現状では、問題が山積みである。しかし、それがもたらすメリットは計り知れないということは容易に想像出来る。

この二つの問題は、わが国においては今後の重要な課題である。引き続き筆者の研究課題としたい。

注

- † 1) ERP (Enterprise resource planning) は , 企業を経営資源の有効活用の観点から総合的に管理し , 経営の効率化を図るための手法・概念である . これを実現するための統合型ソフトウェアを「ERP パッケージ」という .

文 献

- 1) John RG : Championship Management for Healthcare Organizations . *Journal of Healthcare Management* , **45** (1) , 2000 .
- 2) 荒井耕 : 病院界における部門別原価計算の現状 . 企業会計 , **50** (2) , 119-125 , 2004 .
- 3) Elizabeth KJ and Eric C : ERP Can Streamline Healthcare Business Functions . *Healthcare Financial Management* , **55** (5) , 49 , 2001 .
- 4) 荒井耕 : 医療バランスト・スコアカード — 英米の展開と日本の挑戦 — . 初版 , (株) 中央経済社 , 182-186 , 2005 .

(平成18年 4 月28日受理)

Problems of Using the Balanced Scorecard System in Healthcare Organizations

Toru TANIMITSU

(Accepted Apr. 28, 2006)

Key words : balanced scorecard (bsc) , clinical quality, clinical pass

Correspondence to : Toru TANIMITSU Department of Health and Welfare Services Management, Faculty
of Health and Welfare Services Administration,
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
E-Mail: tanimitu@mw.kawasaki-m.ac.jp
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.16, No.1, 2006 155-159)